Suff. 59953/3

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28746673

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 9 *février* 1841,

Par ANTOINE-CHARLES PERFETTI,

de Vignale (Corse),

Ancien Élève des hôpitaux de Paris.

I. — Du traitement de l'hydrophobie.

II. — Quels sont les traitements employés contre les fistules salivaires?

III. — La respiration peut-elle continuer après l'ouverture des deux côtés de la poitrine? Dans quel cas et par quelle cause?

IV. — Indiquer les moyens de reconnaître la présence du pus dans le lait, et du lait dans le pus.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1841

308732

FACULTE DÉ MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY, Président.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	.....
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT, Examinateur.
BOUCHARDAT.
BUSSY.
CAZENAVE.
CHASSAIGNAC.
DANYAU.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).
GOURAUD.
GUILLOT.
HUGUIER.
LARREY.
LEGROUX.
LENOIR, Examinateur.
MALGAIGNE.
MÉNIÈRE.
MICHON.
MONOD.
ROBERT.
RUFZ.
SÉDILLOT.
VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Vous qui n'avez reculé devant aucun sacrifice pour me conduire au terme de mes études, et me procurer un heureux avenir, recevez ce premier témoignage de ma profonde reconnaissance pour toutes vos peines et tous vos soins affectueux, dont je mettrai mon bonheur à vous dédommager.

A MON FRÈRE.

Plein d'un amour fraternel sans bornes, tu as généreusement achevé ce que notre père avait commencé. Envers nos parents et envers toi, combien de dettes n'ai-je pas à acquitter! Mieux que par cette dédicace, je les reconnaîtrai toute ma vie par un inviolable attachement.

A.-C. PERFETTI.

A MON MAITRE

M. A. BÉRARD,

Agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien de l'hôpital Necker, Membre de l'Académie de Médecine, etc.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

A.-C. PERFETTI.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Du traitement de l'hydrophobie.

> Ferris admodum ardentibus audacterque vulnus adurendum est.
>
> (GALIEN.)

Le mot *hydrophobie* (ὕδωρ, *eau*, et φόβος, *crainte*, horreur de l'eau) peut être pris dans plusieurs acceptions différentes : tantôt il exprime simplement l'horreur que quelques individus éprouvent pour l'eau ou pour les autres liquides; tantôt il exprime le même phénomène, accompagné de quelques-uns des symptômes de la rage; tantôt, enfin, il est synonyme de rage même ; il désigne la plus effroyable maladie à laquelle l'homme soit exposé.

C'est dans ces deux derniers sens qu'il m'importe ici de prendre le mot *hydrophobie*. J'étudierai donc le traitement de l'hydrophobie rabiforme, ou rage spontanée de quelques auteurs, et celui de la rage produite par la morsure d'un animal enragé.

On pensera sans doute que, très-souvent, il n'est pas facile de distinguer ces deux affections, et qu'il conviendrait d'en établir le diagnostic avant d'indiquer un traitement spécial pour chacune d'elles. J'aurais entrepris cette tâche, si j'avais pu faire autre chose que copier

ce qu'a écrit à ce sujet M. Chomel, dans l'article HYDROPHOBIE du *Dictionnaire de médecine.*

I. *Traitement de l'hydrophobie rabiforme.* — L'article que je viens de citer renferme toutes les ressources que peut fournir, pour combattre cette maladie, une thérapeutique sage et rationnelle. Le mal est ici le plus souvent dans l'imagination du malade : c'est là qu'il faut le poursuivre, jusqu'à ce qu'il ait cessé d'y exercer son influence ; il faut démontrer à l'individu qui croit avoir contracté la rage qu'il s'est fait une crainte chimérique, et le convaincre qu'il est dans l'erreur. Qu'il me soit permis de renvoyer, pour les détails, aux excellents préceptes tracés par M. Chomel.

II. *Traitement de la rage communiquée.* — Pour la rage communiquée, deux traitements sont à étudier : le traitement préservatif; c'est celui des morsures faites par des animaux enragés ; et le traitement curatif.

§ Ier. *Traitement préservatif.*— Il est local et général. J'étudierai dans un paragraphe séparé quelques remèdes qu'on a présentés comme spécifiques.

A. Au traitement préservatif local se rapportent les moyens qui ont été conseillés pour enlever le virus déposé dans la morsure faite par un animal enragé, ou mieux, pour détruire ce virus avec la partie même qui en est infectée. La succion, les lotions, les frictions, les suppuratifs, sont dans le premier cas; l'amputation et la cautérisation sont dans le second. Les premiers sont insuffisants, et manquent d'activité; sur les deuxièmes seuls on peut fonder quelque espoir; aussi est-ce pour le médecin une obligation impérieuse d'y recourir.

La *succion* était anciennement une prérogative réservée à la famille des Psylles; plus tard, d'autres personnes, qui n'ont pas craint de contracter la maladie, l'ont aussi exercée : Fothergill s'en est montré partisan; Celse préconisait les ventouses; d'autres ont conseillé de

faire lécher la plaie par un chien : autant de moyens qu'on peut négliger.

Lotions. — La plupart, des médecins ont, pensé qu'il importait de laver avec soin les plaies produites par des animaux enragés, afin d'entraîner le virus. Ces lotions peuvent être utiles : quelques-uns veulent que l'on se serve, pour les faire, du vin, des alcalis, de l'eau-de-vie : il vaudrait sans doute mieux employer le chlore, dont il sera question plus tard. Il est essentiel de ne pas perdre de temps : si l'on est sur le lieu même où l'individu a été mordu, il faut immédiatement lotionner la plaie avec soin, et à plusieurs reprises, et la baigner longtemps. Mais les lotions ne doivent être mises en usage que durant les délais indispensables pour exécuter l'une des opérations plus puissantes que j'ai indiquées.

Frictions. — Tissot, et d'autres médecins célèbres, ont regardé les frictions mercurielles comme aussi efficaces dans la rage que dans la syphilis. Leroux attribue les bons effets qu'elles ont pu produire, plutôt à la réunion de la bave déposée dans la plaie avec la graisse de la pommade, qu'à la spécificité du mercure. Je crois que ce genre d'applications topiques mérite peu de m'arrêter.

Les *vésicatoires* dont on a proposé de couvrir les morsures, en recommandant de les faire suppurer longtemps, dans la vue de favoriser l'expulsion du virus, ne me paraissent offrir non plus un avantage marqué.

Exciser ou *amputer* aussitôt après l'accident la partie mordue serait certainement le moyen le plus sûr de délivrer le malade du virus qui vient de lui être inoculé, et de le soustraire aux terribles conséquences d'une pareille blessure : telle était l'opinion de Morgagni et de Sauvages. Sans doute il ne sera pas permis de recourir à l'excision ou à l'amputation dans tous les cas : on devra le faire si un membre est

mutilé. Pour les cas où la blessure porte sur un des doigts des mains ou des pieds, Sabatier émet un avis fort sage : « Il est plus prudent de retrancher ce membre que d'y appliquer le feu ou le caustique : le feu peut ne pas faire une impression assez profonde sur des téguments aussi épais que ceux qui couvrent le dedans des doigts ; le caustique, appliqué sur des parties aussi sensibles, peut exciter une inflammation violente, ou des suppurations qui intéressent la gaîne des tendons, et qui s'étendent au loin. Rien de tout cela n'est à craindre si on prend le parti de l'extirpation, dont le seul inconvénient est d'opérer une mutilation désagréable et incommode, mais qui ne peut être comparé au danger de la maladie, et à celui des autres moyens qu'on pourrait employer pour la prévenir » (*Médecine opératoire*).

Cautérisation. — De l'assentiment de tous les médecins éclairés, on doit soumettre à la cautérisation les blessures produites par des animaux atteints de la rage. Elle peut être faite avec les caustiques ou avec le feu.

Parmi les caustiques, ceux qui conviennent pour cautériser une surface profonde et qui présente des inégalités dont aucune ne doit échapper à la désorganisation, sont les caustiques liquides. On a donné la préférence, pour les cas dont il s'agit ici, au deutochlorure d'antimoine. Voici la manière de l'appliquer : on trempe dans le caustique un pinceau de charpie ou de linge fin, on le porte dans la plaie, et on le promène sur tous les points de sa surface. Si les trous faits par les dents de l'animal sont trop étroits pour que le pinceau puisse y pénétrer convenablement, il ne faut pas hésiter à les agrandir avec le bistouri, autant qu'il est nécessaire pour qu'aucune anfractuosité de la plaie n'échappe à l'action du caustique. Ce moyen a souvent réussi, et Sabatier cite en sa faveur un fait remarquable On l'a regardé comme supérieur au cautère actuel, en ce qu'il est plus propre à se glisser dans les sinuosités des morsures, et, par conséquent, plus capable d'agir fidèlement sur toutes les parties imprégnées de virus. Mais il est possible aussi d'insinuer le fer rouge dans tous

les recoins des solutions de continuité les plus irrégulières, et ce dernier agent possède une action plus rapide et plus énergique.

C'est donc le cautère actuel que devra choisir un médecin appelé près d'une personne mordue par un animal enragé. Il faut commencer par dilater avec l'instrument tranchant les ouvertures des plaies; quelques auteurs prescrivent même d'en scarifier profondément l'intérieur, pour en faire sortir beaucoup de sang; on y imprime ensuite fortement le fer en ignition. Comme les cautères détruisent d'autant plus promptement les tissus vivants, comme leur action est d'autant moins sentie qu'ils sont pénétrés d'une plus grande quantité de calorique, ces instruments devront être portés à une température très-élevée. « On doit craindre moins de brûler trop que de brûler trop peu, et il vaut mieux avoir à combattre les suites d'une telle ustion, que de s'exposer à laisser la moindre trace de virus. En effet, les désagréments d'une cicatrice ou d'une difformité sont-ils donc à mettre en balance avec les horribles résultats de l'action du virus rabien sur l'économie animale » (*Dict. des sc. méd.*). Toutefois, s'il faut cautériser avec hardiesse, il est aussi des parties qu'on doit respecter : telles sont une articulation, un gros vaisseau, un nerf important. On ne connaît pas la manière d'agir du virus rabique; on ignore combien de temps il peut rester dans une plaie sans passer dans l'économie; on ne sait pas, en un mot, à quelle époque il n'est plus possible de prévenir ses effets. Au milieu de ces doutes, il est d'une saine pratique de cautériser le plus tôt possible, et de cautériser à quelque époque qu'on soit appelé auprès des malades.

B. Quand on a mis en usage les moyens qui viennent d'être décrits, on a déployé les ressources les plus puissantes que la médecine ait à opposer à la morsure des animaux enragés. Le traitement général qui reste à faire appartient moins au médecin qu'aux personnes qui entourent habituellement le malade : il consiste à inspirer au blessé la sécurité, à éloigner de lui tout ce qui peut le rendre triste, à préoccuper, au contraire, son imagination de pensées douces et riantes, à le distraire par des récréations calmes, à lui faire oublier, autant que

possible, son accident. Il ne faudra le laisser s'abandonner à des excès d'aucun genre, ni même se livrer à des plaisirs trop vifs, qui surexciteraient l'action du système nerveux. Des saignées, des bains généraux, en modérant le jeu de tous les organes, contribueraient à maintenir cet état de calme qui se présente naturellement comme le plus désirable en pareille circonstance. Mais les conseils que je viens de donner concourraient bien peu sans doute à prévenir la rage communiquée, et seraient plutôt prophylactiques de l'hydrophobie rubiforme.

C. Le chlore et la cautérisation de prétendus boutons sublinguaux ont été surtout vantés comme préservatifs spécifiques de la rage,

On trouve, dans le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, le récit et l'appréciation des expériences qui ont été faites pour reconnaître les effets du chlore dans les cas de morsures produites par des animaux enragés. Les premières furent tentées en 1816 par Brugnatelli. Brugnatelli prétendait prévenir la rage en lavant les plaies récentes avec du chlore liquide, et administrant le même médicament à l'intérieur plusieurs fois par jour, et pendant plusieurs semaines. Sanberg et Semmola ont déposé aussi en faveur de ce remède. Un fait, qui appartient à M. Chevalier, vient encore à l'appui des assertions des médecins italiens. L'anecdote suivante est surtout invoquée par Semmola, comme une preuve irrécusable des bons effets du chlore : Trois personnes ayant été mordues par un chien enragé, deux suivirent le traitement en question, et n'éprouvèrent aucun accident; la troisième refusa de s'y soumettre, et mourut hydrophobe vingt-trois jours après. On aurait pu attribuer au soin avec lequel les plaies avaient été lotionnées le succès si concluant aux yeux de Semmola; mais M. Coster le confirma par une nouvelle expérience : il fit mordre deux chiens par un autre, atteint d'hydrophobie *confirmée;* six heures après, les plaies de l'un furent lavées avec du chlorure de soude dissous dans la moitié de son volume d'eau, et la même liqueur fut injectée jusque dans le fond des morsures; celles de l'autre furent lotionnées avec autant de soin, mais avec de l'eau pure : le premier

guérit, le second mourut enragé. M. Trousseau pense qu'on peut expliquer ces résultats par les modifications que le chlore et les chlorures alcalins, de même que tout agent irritant, seraient capables de faire éprouver au virus rabique dans les plaies où il a été déposé, et il ne saurait considérer le chlore comme un anti-rabique sur le seul témoignage des faits qui viennent d'être cités, faits dont la valeur diminue d'ailleurs singulièrement en présence des observations contraires de Trolliet et Gilibert, lesquelles ne permettent pas de fonder un espoir légitime sur l'usage du chlore.

Un mémoire de Marochetti, inséré dans les *Archives générales de médecine* (année 1825), annonce comme préservatifs infaillibles de la rage la décoction de *genista tinctoria*, et la cautérisation de pustules blanchâtres qui se développeraient du troisième au neuvième jour, après la morsure d'un animal enragé, à l'orifice du canal de Warthon. Nulle part je n'ai trouvé la confirmation de cette merveilleuse découverte, que des hommes recommandables regardent comme une mystification.

§ II. *Traitement curatif.* — Il n'en existe point : dès qu'un homme est en proie à la rage, il ne reste plus que la déplorable certitude de la mort. Tel est l'avis de M. Chomel : toutes les fois que la guérison de l'hydrophobie a lieu, ajoute ce professeur, on peut conclure de cette seule circonstance que la maladie n'était pas la rage communiquée.

Je vais cependant passer en revue les moyens à l'aide desquels on s'est vainement efforcé de sauver les malheureux hydrophobes; quelques-uns devront encore être mis en usage; ils peuvent d'ailleurs guider dans de nouveaux essais, car il est du devoir des médecins de ne pas renoncer à vaincre, malgré l'impuissance des premières tentatives. Contre un mal si violent, on s'est adressé aux remèdes les plus énergiques, et on a choisi particulièrement ceux qui agissent sur le système nerveux, dont les fonctions chez les hydrophobes semblent entraînées dans un désordre extrême.

On a eu recours aux saignées poussées jusqu'à défaillance. Elles ont paru procurer un soulagement momentané : les convulsions étaient suspendues ; nonobstant, les malades n'en périssaient pas moins promptement. Le vinaigre très-fort, donné au moment de l'accès, paraît calmer les paroxysmes, ainsi que j'en ai lu une observation insérée dans la *Gazette médicale* de 1834, par M. Dubedat, de Bordeaux ;

Les bains chauds et froids, les effusions et les applications froides sur les centres nerveux, sont des moyens qu'il faut joindre au précédent, et qu'on ne devra pas rejeter.

Les narcotiques ont été administrés à haute dose sans succès.

Dupuytren a injecté, en trois fois, dans les veines d'un homme mordu par un chien enragé, le jour même que la rage fut bien déclarée, de 12 à 14 grains (6 à 7 décigrammes) d'opium, dissous dans quelques onces d'eau distillée. Chaque fois, le malade parut éprouver un peu de calme ; une fois, entre autres, il fut dans un calme parfait pendant trois heures ; mais il n'en mourut pas moins trois quarts d'heure après la dernière injection. Ces essais ont été répétés par d'autres sans plus de succès.

L'acide prussique de Scheele a été essayé de la même manière sur des animaux enragés, qui n'ont paru en éprouver aucun soulagement.

En 1815, Dupuytren injecta jusqu'à huit onces (240 grammes) d'eau de laurier-cerise dans les veines d'un sujet atteint de la rage, et cette médication n'eut pas la moindre influence sur le cours de la maladie.

Enfin M. Magendie, d'après cette remarque, que l'eau tiède injectée dans le système sanguin détermine un affaiblissement très-manifeste et un relâchement dans les fonctions nerveuses, injecta dans la veine jugulaire d'un chien enragé, après avoir laissé couler un demi-kilogramme de sang, environ 4 kilogrammes d'eau à 40° centigrades. Aussitôt la fureur de l'animal se calma, il dormit quelque temps ; mais la respiration devint embarrassée, et il mourut cinq heures après l'injection, probablement par suite de l'engouement du poumon.

Il est une dernière remarque que je dois signaler : si l'on tient un individu affecté de la rage dans un lieu obscur, éloigné du bruit,

sans le tourmenter en aucune façon, les convulsions sont moins fortes, les accès sont moins rapprochés, et il meurt vingt ou vingt-quatre heures plus tard que placé dans des circonstances contraires.

II.

Quels sont les traitements employés contre les fistules salivaires?

Les divers moyens qu'on a proposés pour la guérison des fistules salivaires ne conviennent pas indifféremment à toutes, car toutes ne se présentent pas avec les mêmes conditions : c'est une remarque dont le chirurgien qui a une fistule salivaire à traiter doit tenir compte pour le choix d'une méthode curative. J'essaierai donc de rechercher quelles particularités peuvent offrir les divers cas de fistules salivaires, et l'influence que ces particularités doivent avoir sur le traitement.

Un orifice fistuleux, ordinairement très étroit, qu'a laissé après elle une plaie de la joue, ou bien l'ouverture d'un abcès parotidien, orifice par lequel s'écoule habituellement en petite quantité, et quand le malade parle ou prend ses repas, en quantité considérable, une liqueur limpide, légèrement visqueuse et salée : telle est, à l'extérieur, la fistule salivaire; mais la salive qu'elle laisse écouler ne provient pas toujours des mêmes parties de l'appareil glanduleux; tantôt, la glande ayant été seule lésée, le liquide est versé par les radicules excréteurs des granulations; tantôt il s'échappe par une ouverture faite au canal excréteur commun : de là deux espèces de fistules, toutes différentes, si on les envisage sous le point de vue du traitement.

I. *Fistules de la glande parotide.* — Celles-ci n'exigent que des moyens de guérison simples et faciles.

On les reconnaît à leur situation, qui correspond, en général, à la

surface externe de la parotide, et à ce qu'elles ne laissent écouler qu'une quantité peu considérable de salive; enfin l'examen du canal de Sténon ne laisse aucun doute: un stylet introduit par son orifice buccal, et enfoncé aussi profondément que possible, montre qu'il est intact.

L'ouverture extérieure peut être située loin de la source du liquide. Louis rapporte un cas où elle se trouvait hors des limites de la glande, au-dessous et en arrière de l'oreille; un stylet introduit par cette ouverture remontait jusque vers le milieu de l'apophyse zygomatique, en sorte que la lésion intéressait l'appendice supérieure de la parotide.

On a eu recours, pour fermer ces fistules, à la cautérisation, à la compression, aux injections irritantes.

A. Des faits nombreux, dont le plus ancien appartient à Galien, attestent l'efficacité des caustiques. La fistule doit être touchée, une ou plusieurs fois, avec le nitrate d'argent, ou tout autre caustique qui produise une eschare sèche, en ayant soin que l'eschare qui en résulte obstrue complétement l'orifice fistulaire, et supprime l'écoulement de la salive. Afin d'empêcher que cette eschare ne tombe trop vite, on a conseillé de l'humecter fréquemment avec de l'alcool ou une légère dissolution de potasse caustique.

On s'est servi du cautère actuel, mais avec moins de succès. En effet, il donne lieu à une eschare qui se détache trop promptement pour que les canaux ouverts aient le temps de s'oblitérer, tandis que celle qui est produite par la pierre infernale persiste beaucoup plus longtemps (*Dict. des sciences méd.*).

B. La compression doit agir sur le point de la parotide qui laisse sourdre la salive de manière à oblitérer les petits conduits excréteurs, et à effacer les grains glanduleux dont la lésion produit et entretient la fistule. On devra donc rechercher ce point à l'aide du stylet, afin de faire porter sur lui la compression. Celle-ci peut être exercée par des compresses graduées, que soutient un bandage assez serré, ou bien par

un bandage semblable à celui que Louis a décrit : « Il était composé d'un demi-cercle d'acier qui s'étendait d'une tempe à l'autre ; du côté correspondant à la fistule, il formait une tige double, dont l'interne, jointe à l'externe par charnière, était terminée par une plaque matelassée, qu'on pouvait comprimer plus ou moins avec une vis sur la partie de la glande d'où sortait la salive » (*Mémoires de l'Acad. de chirurgie*).

On peut n'exercer qu'une compression modérée ; mais, d'après Boyer, la guérison est alors fort lente, tandis qu'une compression assez forte pour déterminer une inflammation considérable a procuré à un malade, qui eut le courage de la supporter, une guérison très-prompte.

C. Les malades ne supportent pas toujours la compression, et ce fut dans un cas semblable que Louis imagina de recourir aux injections irritantes. Il se proposait d'exciter ainsi dans les orifices des radicules excréteurs divisés, et dans les parois du trajet fistuleux, une inflammation adhésive, qui en déterminât l'oblitération. Il fit d'abord deux injections avec une décoction de roses de Provins dans du vin rouge. Mais, peu satisfait du résultat, il essaya l'alcool, qui seconda mieux ses vues. Sous l'influence de ces injections, la parotide se tuméfia, et il sortit un peu de matière purulente ; l'écoulement de salive devint graduellement moins abondant et finit par cesser : après la sixième injection le malade était guéri.

Il importe de dire quel était l'état de la fistule contre laquelle ce moyen fut dirigé : elle était la suite d'une plaie dans laquelle les téguments de la joue et la glande parotide avaient été déchirés ; son orifice extérieur était placé sur l'angle de la mâchoire, et le stylet remontait, le long de la branche du même os, jusqu'au bout de l'arcade zygomatique. Dans les cas de ce genre, où le trajet fistuleux a une grande étendue, dans ceux où l'orifice cutané est loin de l'endroit de la glande qui a été lésée, les injections sembleraient devoir trouver une heureuse application ; mais elles ne remplissent pas toujours le

but qu'on veut atteindre en les mettant en usage, et demeurent fréquemment sans nul effet.

De ces moyens, le premier est, sans contredit, le meilleur. La compression, bien qu'on l'ait plusieurs fois employée avec succès, n'en est pas moins fort inférieure à l'application du caustique : celle-ci mérite toujours la préférence, parce qu'elle réussit mieux, cause moins de gêne et d'embarras, et n'exige pas des appareils aussi compliqués (*Dictionn. des sciences médicales*).

II. *Fistules du canal de Sténon.*—Lorsqu'une fistule intéresse le conduit excréteur commun de la parotide, la salive que sécrète cette glande passe souvent en totalité par l'orifice accidentel, et se perd au dehors; aussi une pareille fistule est-elle plus grave et plus difficile à guérir que celles dont il vient d'être question. On a vu la perte considérable de salive, qui est la conséquence de cette maladie, altérer la santé du malade : et, pour y remédier, on ne peut plus songer à détruire la source de la salive; il faut, en même temps que l'on ferme la voie qui s'ouvre au dehors, obliger le liquide à en suivre une qui le conduise dans la bouche.

Il y a quelques remarques importantes à faire sur les différences que présentent les fistules du canal de Sténon, relativement à leur situation, à l'étendue de la lésion qu'a subie le conduit parotidien, à l'état de la portion de ce conduit que la salive a cessé de parcourir.

Appliqué en arrière, contre le muscle masséter, le canal de Sténon se trouve, plus en avant, en rapport avec la boule graisseuse de la joue, avant de se diriger vers la cavité buccale. Si donc une fistule occupe la partie postérieure de ce canal, elle sera séparée de la bouche par le masséter et la branche de l'os maxillaire, tandis que, entre une fistule de la partie antérieure du canal et la même cavité, il n'y aura d'intermédiaire que de la graisse et un muscle peu épais, le buccinateur. Selon que l'un ou l'autre cas se présentera, on aura plus ou moins de difficultés à surmonter pour l'exécution de la méthode opératoire, qui consiste dans la perforation de la joue.

Le canal de Sténon peut n'être qu'incomplétement divisé : ces cas sont rares, il est vrai, car, ainsi que le remarque Boyer, le conduit a trop peu de grosseur pour que les plaies n'intéressent qu'une portion de son diamètre; toujours est-il que ce qui reste alors de son calibre devrait servir à conduire une partie du liquide dans la voie qu'il doit suivre, et favoriser le succès des moyens qu'on pourrait employer pour forcer la salive à reprendre son cours naturel. Le plus souvent la section du canal est complète, et la totalité de la salive s'en échappe. Il est des cas où le conduit a éprouvé une perte de substance par suite d'une plaie, d'une brûlure, de la gangrène : vainement alors essaierait-on de rétablir une continuité entre les deux bouts du canal; il faut ouvrir une route artificielle à la salive.

Lorsque, par le fait d'une fistule salivaire, une portion du conduit parotidien a cessé d'être parcourue par le liquide auquel elle est destinée à donner passage, elle se rétrécit, et finit à la longue par s'oblitérer. Un tel état des parties ne permet plus de choisir entre les moyens curatifs ; ici encore il faut établir un conduit artificiel.

Quant aux callosités qui entourent quelquefois l'orifice fistuleux, si l'on considère ce que l'anatomie pathologique a appris sur leur mode de formation, elles ne sont la source d'aucune indication particulière ; Boyer cependant estime qu'elles réclament l'emploi des caustiques.

Avant de parler des méthodes qui ont été proposées pour la cure des fistules du canal de Sténon, je ne dois pas omettre de dire qu'une fistule peut être due à la présence d'un corps étranger dans le conduit parotidien, et guérir par l'extraction de ce corps. Boyer en cite un exemple, qui s'est offert à Dubois.

Les traitements proposés peuvent être rattachés à quatre méthodes : la cautérisation, la compression, le rétablissement du cours naturel de la salive, la formation d'un conduit artificiel.

A. La cautérisation, que nous avons vue réussir contre les fistules de la glande, est un moyen insuffisant pour obtenir la guérison des fistules du canal parotidien. Elle paraît avoir été mise en usage très-

anciennement. Louis, encouragé par quelques applications heureuses qu'il en fit, s'efforça de la remettre en vigueur : en cautérisant, il avait en vue de produire à l'ouverture de la fistule une eschare qui contînt le liquide, et sous laquelle la cicatrisation pût s'opérer. Il est évident qu'on ne pourrait avoir recours à cette méthode qu'autant que le canal serait resté libre ; mais, de l'avis des chirurgiens de nos jours, la cautérisation, même employée avec toutes les précautions que Louis a recommandées, ne saurait réussir que dans les cas assez rares où, le conduit de Sténon n'ayant pas été complétement divisé, une faible portion du liquide sécrété par la glande s'échappe seule au dehors.

B. Trois modes de compression, répondant à trois intentions différentes, ont été essayés dans le traitement des affections qui m'occupent : ainsi on a établi la compression sur la fistule, afin de forcer la salive à reprendre sa route ordinaire ; on a comprimé le canal entre la glande et l'ulcère extérieur, opposant ainsi une digue momentanée au cours de la salive, afin que la fistule, mise à sec, pût être cicatrisée solidement ; enfin on a cru qu'en soumettant la parotide tout entière à une compression forte et soutenue, on pourrait atrophier cette glande, et abolir à jamais ses fonctions.

Le premier mode mérite à peine d'être mentionné, et n'a jamais réussi.

Le second a eu un plein succès entre les mains de Maisonneuve, qui y songea le premier. La compression exercée à l'aide des compresses graduées, que soutenait un bandage, fut continuée pendant vingt jours, durant lesquels on eut soin de prévenir tout mouvement capable de déranger le bandage. Dans d'autres cas, elle a échoué. Elle n'est pas, d'ailleurs, sans de graves inconvénients : la rétention de la salive détermine un gonflement considérable de la parotide et une inflammation œdémateuse, qui, chez le malade de Maisonneuve, occupait toute la face, et s'étendait, le long du cou, jusqu'à la poitrine. On conçoit difficilement que de pareils accidents puissent céder, comme on l'a dit, à des topiques : ce procédé conviendrait plutôt à

des plaies du canal de Sténon qu'à de véritables fistules: il serait peu grave, en effet, de suspendre le cours de la salive pendant le petit nombre de jours nécessaires à la réunion immédiate d'une solution de continuité récente.

Desault est le premier, et peut-être le seul, dit Boyer, qui ait exercé la compression sur toute la glande. Sous l'influence de cette compression, la salive cessa, au bout d'un mois, de couler par l'ouverture extérieure, la fistule se ferma : un léger enfoncement correspondait, trois mois après, au niveau de la parotide. Les doutes très-sages que Boyer a élevés au sujet de ce procédé, sur les effets que son auteur prétendait en avoir obtenus, méritent d'être rappelés : « On ne peut guère admettre que la compression puisse être assez forte et assez invariable pour atrophier la glande... Je ne croirai à cette atrophie qu'autant qu'elle serait constatée par l'ouverture du cadavre. » D'ailleurs l'étude anatomique approfondie de la région parotidienne ne permet pas de croire que la compression ait eu les résultats que lui attribuait Desault.

C. Pour obtenir la guérison des fistules du canal de Sténon, on s'est efforcé, en dilatant ce canal à l'aide d'un séton, qui servait en même temps de filtre à la salive, ou bien à l'aide d'une canule, on s'est efforcé de ramener le liquide dans les voies naturelles. Cette méthode était le fruit des méditations d'un grand chirurgien du dernier siècle, qu'on a souvent à citer dans l'histoire des fistules salivaires. Louis avait ingénieusement saisi quelques traits de ressemblance entre ces fistules et les lésions du même genre qui surviennent dans les voies lacrymales : de là l'idée de remédier aux premières par des moyens analogues à ceux qui avaient été conseillés pour les secondes. Rétablir la route naturelle de la salive lui paraissait une méthode plus simple, plus douce, et beaucoup plus naturelle que la perforation de la peau, adoptée à cette époque : il l'essaya, et réussit, grâce sans doute aux soins qu'il mit à l'exécuter. On voit avec regret que l'expérience n'en ait pas sanctionné la supériorité. Si elle est inapplicable lorsque la partie antérieure du conduit de Sténon est oblitérée, ne conviendrait-il

pas d'y recourir dans les cas où la fistule occupe un point reculé du canal ? Les auteurs modernes lui reprochent d'être d'une exécution difficile, laborieuse, et d'exiger toujours un traitement prolongé, durant lequel les sujets sont exposés à divers accidents. Comme elle n'est pas usitée, je ne m'arrêterai point aux précautions nécessaires quand on veut sonder le canal, et y passer une mèche.

D. Il est des fistules salivaires, et nous les avons déjà fait connaître, auxquelles on n'a d'autre ressource à opposer que la perforation de la joue : on ouvre par cette opération un canal artificiel ; on convertit, suivant l'expression de J.-L. Petit, la fistule externe en fistule interne. Cette méthode curative, une des premières dont les chirurgiens aient conçu l'idée, est encore celle que l'on préfère aujourd'hui dans presque tous les cas.

Les objets nécessaires pour l'exécuter sont un instrument propre à percer la joue, et un corps qu'on laisse dans le conduit anormal jusqu'à ce que les parois en soient organisées. L'un et l'autre, depuis l'invention de la méthode, ont singulièrement varié. Quant au premier, de Roy, afin d'être dispensé, en produisant une perte de substance, de maintenir une mèche dans le trajet, se servit d'un fer rougi au feu ; Monro traversa la joue avec une alène de cordonnier ; plusieurs chirurgiens ont employé un simple bistouri ; à ces instruments Desault substitua très-heureusement le trois-quarts, qui réunit tous les avantages, et a obtenu une préférence méritée. Pour prévenir l'oblitération de l'ouverture artificielle, une petite canule en plomb, taillée en bec de plume, un cordonnet de soie, un séton ou une mèche, un fil de plomb, ont été successivement proposés.

Voici quelle était la disposition du séton proposé par Desault ; Bichat en a fait ressortir admirablement les avantages ; j'y joins la description tout entière du procédé, qui était réellement très-méthodique : « Un trois-quarts ordinaire, à hydrocèle, armé de sa canule, était enfoncé au-devant de l'ouverture de la portion postérieure du conduit ; le poinçon était retiré, et la canule, restée dans la plaie, servait à passer un fil. On ôtait la canule, et au fil passé dans la bouche on

attachait un séton ; le chirurgien entraînait ce dernier de dedans en dehors, mais de manière à ne pas l'amener entre les bords de l'ouverture extérieure que le fil seul traversait. Le séton, espèce de filtre pour l'humeur salivaire, ne doit pas être également épais dans toute son étendue, comme le cordonnet de Monro ; car, en ce cas, passant à travers les deux ouvertures interne et externe, il est, ou assez gros pour dilater suffisamment le conduit artificiel, et alors, écartant les bords de la plaie extérieure, il retarde la cicatrisation ; ou assez mince pour ne procurer qu'un léger écartement, et alors la dilatation n'est pas suffisante. Le séton de Desault évite ce double inconvénient : simple fil en dehors, il laisse la plaie se cicatriser, tandis que, épais en dedans, il entretient le conduit ; et lorsque celui-ci est suffisamment formé, que la salive est habituée à passer à travers, un point seul est à cicatriser sur les joues ; il ne faut pas perdre un temps très-long pour la guérison » (*Œuvres chirurgicales de Desault*).

Deguise et Béclard ont imaginé un procédé qui a réuni les suffrages de tous les chirurgiens modernes. Il consiste, l'orifice extérieur ayant été préalablement avivé, à percer la joue d'un double trajet, dont les deux ouvertures extérieures sont confondues au fond de la fistule, tandis que les extrémités buccales s'ouvrent à quelque distance l'une de l'autre. Un fil de plomb est engagé successivement dans les deux perforations produites par le trois-quarts ; il forme une anse qui est cachée dans le fond de la plaie, et ses deux extrémités, flottantes dans la bouche, sont tordues sur elles-mêmes. La plaie extérieure doit être réunie par première intention. Ce fil permet à la salive de tomber dans la bouche, et l'espèce de lambeau triangulaire compris entre les deux bouts de l'anse se divise sur lui. Lorsque le fil tombe, la fistule interne est établie.

Percy a conseillé d'apporter à ce procédé la modification suivante, qui lui a réussi plusieurs fois : ne percer la joue qu'une fois, engager l'une des extrémités du fil dans la portion parotidienne du canal de Sténon, tandis que l'autre extrémité, traversant l'unique ouverture

artificielle, serait repliée en dedans de la bouche, et maintenue invariable par une médiocre compression extérieure.

Quel que soit le procédé que l'on mette à exécution, on doit faire pénétrer le trois-quarts obliquement, en suivant la direction du canal de Sténon, et avoir soin surtout d'éviter de toucher le bord antérieur du masséter. Le fait de Contavoz, relaté dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgies*, montre quel inconvénient il y aurait à traverser ce muscle. J'ai dit plus haut que toutes les fistules ne présentaient pas à cet égard des conditions également favorables.

Enfin, quelques précautions nécessaires pour le succès de l'opération ne doivent pas être oubliées : le malade devra se garder de tout ce qui peut activer la sécrétion de la salive, du moins pendant les premiers jours du traitement. Il s'abstiendra d'aliments solides, et surtout d'aliments très-sapides; il sera, autant que possible, silencieux, afin que les mâchoires restent dans l'immobilité.

III.

La respiration peut-elle continuer après l'ouverture des deux côtés de la poitrine? Dans quel cas et par quelle cause?

Il est des cas où la respiration peut encore se faire lorsque l'air a accès dans les cavités pleurales. Il est nécessaire, pour qu'il en soit ainsi, que les ouvertures pratiquées aux parois thoraciques soient étroites, et n'offrent qu'un passage difficile à l'air, ou que, d'après M. Labeige (thèse, 1837, p. 185), la surface de ces ouvertures ne soit que le tiers de la surface que présente la glotte. La respiration continue alors, parce que la quantité d'air qui pénètre dans les poumons au moment où la poitrine se dilate, plus considérable que celle qui s'introduit par les ouvertures des plèvres, est capable, en même

temps qu'elle fait équilibre à la tension de cette dernière, de contrebalancer la résistance qui résulte de l'élasticité du tissu pulmonaire.

Si une poitrine qui exécute des mouvements respiratoires était comparable à la poitrine immobile d'un cadavre, on ne pourrait répondre affirmativement à la question qui m'est posée. On sait, en effet, que le poumon, ayant tendance à revenir sur lui-même par son élasticité, ne reste en contact avec les parois thoraciques qu'à cause de la colonne d'air qui presse sur sa surface interne, et que, dès qu'une autre colonne d'air a accès dans la cavité des plèvres, et peut faire équilibre à la première, rien n'empêchant plus le poumon d'obéir à son élasticité, son affaissement a lieu. L'affaissement a lieu sur le cadavre, quelque étroite que soit l'ouverture pratiquée aux côtés de la poitrine, car la pression atmosphérique se fait sentir, même à travers des espaces capillaires. Mais, sur le vivant, les conditions sont changées : en effet, avant que le poumon ait satisfait son élasticité, la dilatation du thorax a rompu l'équilibre entre l'air qui s'est introduit dans les plèvres et l'air extérieur, et celui-ci tend à le rétablir (l'équilibre) en pénétrant à la fois dans les cavités pleurales et dans la cavité pulmonaire. S'il pénètre en plus grande quantité dans les premières que dans la seconde, évidemment les fonctions du poumon ne peuvent s'accomplir; s'il pénètre en quantité égale dans les unes et dans l'autre, le poumon ne pourra encore se dilater, à cause de la résistance qu'oppose son élasticité; enfin, si l'air pénètre en quantité plus considérable dans les poumons que dans la plèvre, la résistance qu'oppose l'élasticité du tissu pulmonaire pourra être vaincue; il éprouvera un certain degré de dilatation, et la respiration continuera de se faire. Or, quelles sont les circonstances qui déterminent les quantités d'air qui pénètrent, d'une part, dans les plèvres, de l'autre, dans les poumons, après l'ouverture des deux côtés de la poitrine?

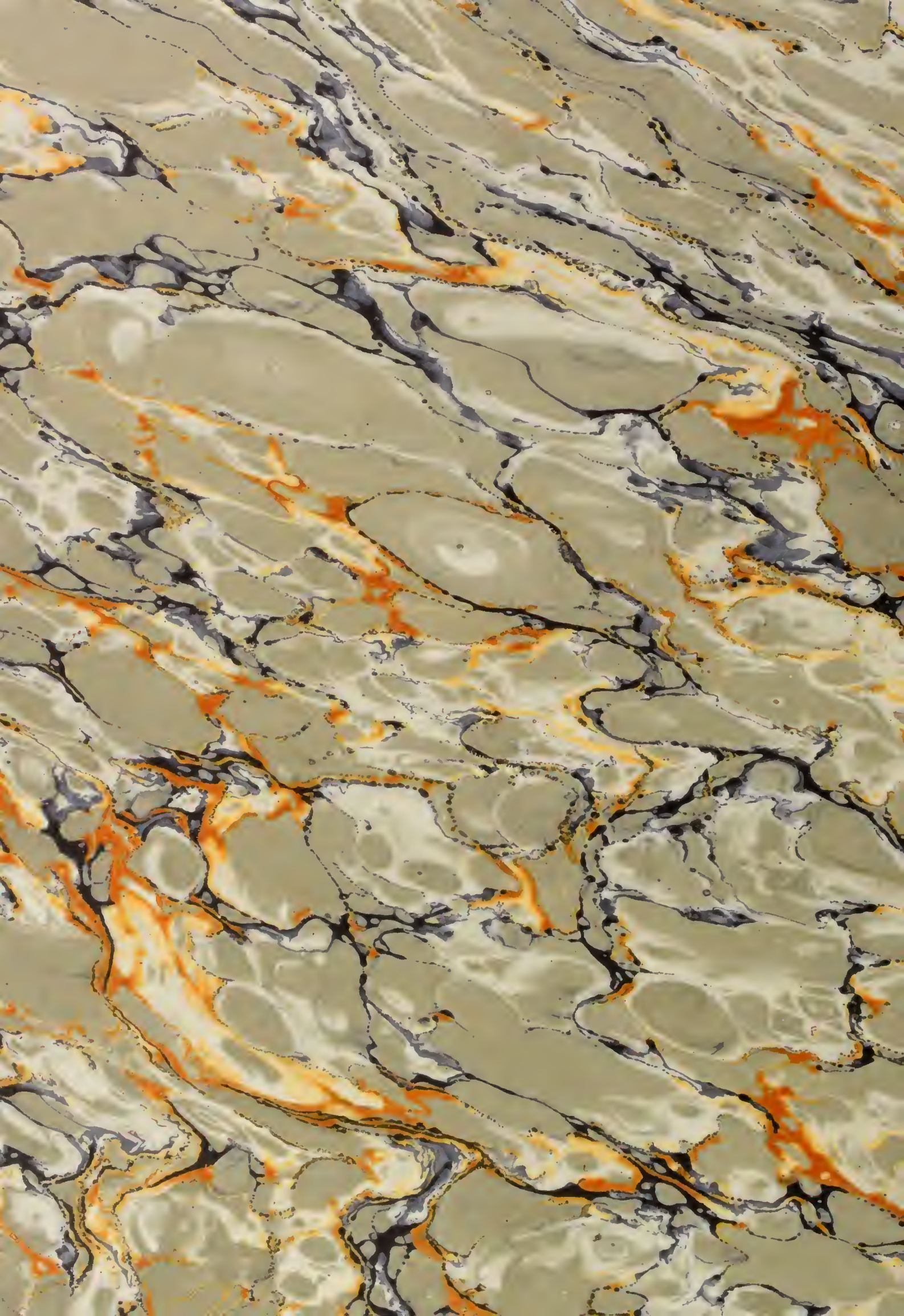
Sans citer les lois de physique qui sont à invoquer ici, je dirai que la quantité d'air dépend du diamètre des ouvertures, et de la vitesse du fluide. Celle-ci, représentée par l'excès de la force élastique que

possède l'air sur celle du gaz intérieur, est la même pour les cavités pleurales et la cavité pulmonaire : c'est donc par des différences dans le diamètre des ouvertures que les différents cas que j'ai supposés pourront arriver. Par des ouvertures égales, l'air pénétrera en quantité égale; l'une des ouvertures étant plus large, il pénétrera par elle en quantité plus considérable. Ainsi, lorsque la glotte aura un diamètre plus grand que celui des ouvertures pratiquées aux parois thoraciques, le poumon recevra l'air en plus grande quantité que les plèvres, et l'excès de la quantité d'air introduite dans le poumon sera, d'après M. Labeige, assez considérable pour vaincre l'élasticité de l'organe, tant que la surface des ouvertures pleurales ne sera pas plus du tiers de celle que présente la glotte.

Dans les expériences qui ont été faites pour éclaircir le point de physiologie que je traite, on a été frappé de l'ampleur et de l'étendue des mouvements respiratoires ; on a surtout remarqué que l'expiration se faisait par un abaissement brusque et rapide des côtes. En effet, ce dernier mouvement s'exécute alors de la manière la plus favorable pour conserver la fonction ; au milieu de la gêne que l'animal éprouve, la glotte se ferme, comme dans l'effort, au moment où l'air dilate le poumon ; celui-ci présente ainsi une surface résistante contre laquelle les parois thoraciques, entraînées vivement par les muscles expirateurs, compriment l'air introduit dans les plèvres, de manière à l'expulser en grande partie ou en totalité. On a vu ce mode d'expiration, tout différent de l'expiration ordinaire, puisqu'il est actif, faire saillir une portion du poumon à travers la plaie, et causer la hernie pulmonaire, dont les plaies pénétrantes de la poitrine ont amené de nombreux exemples (Janson-Durville, thèse, 1837, 404).

IV.

Indiquer les moyens de reconnaître la présence du pus dans le lait, et du lait dans le pus.

On ne peut, sans le microscope, reconnaître la présence du pus dans le lait, ni celle du lait dans le pus; mais ces liquides sont composés l'un et l'autre de globules qui diffèrent complétement par leurs caractères physiques et chimiques, et qu'il est facile de ne pas confondre à l'examen microscopique. J'emprunte au mémoire que M. Donné a publié sur ce sujet le parallèle des deux espèces de globules.

Les globules du lait se reconnaissent à leur forme parfaitement sphérique, à leurs bords noirs, à leur surface unie et transparente; ceux du pus sont pointillés, dentelés et opaques. Les solutions alcalines dissolvent, après un contact de quelques instants, tous les globules purulents; elles laissent intacts les globules laiteux. Ceux-ci sont, au contraire, entièrement dissous par l'éther, qui n'a aucune action sur les globules du pus.